DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

CALCULS DE L'URETÈRE

DES

PROSTATECTOMIES DIFFÉRÉES

NSTRUMENTS POUR LA PROSTATECTOMIE
SUS-PUBIENNE

PAR

Le Dr PASTEAU

Ancien interne médaille d'or des Hôpitaux,
Ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Necker.

(Extrait des *Comptes rendus de l'Association française d'Urologie.*
Treizième session, Paris 1909.)

ÉVREUX

IMPRIMERIE CHARLES HÉRISSEY
PAUL HÉRISSEY, SUCCr
4, RUE DE LA BANQUE, 4

1909

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

CALCULS DE L'URETÈRE

La question des calculs de l'uretère vient d'être traitée plus complètement qu'elle ne l'a jamais été dans le beau rapport de mon excellent ami Jeanbrau ; mais puisque chacun de nous doit apporter ici le résultat de ses études personnelles, j'ajouterai quelques considérations au point de vue du diagnostic et du traitement.

Le diagnostic des calculs de l'uretère repose exclusivement sur l'emploi judicieux des différentes méthodes d'exploration de ce conduit. La symptomatologie, en effet, est trop complexe et les accidents causés par la présence, la migration ou l'arrêt du calcul sont trop variés pour qu'on puisse en tirer des tableaux cliniques suffisamment caractéristiques ; en dehors de quelques cas bien particuliers et exceptionnels où le malade sera à même, en quelque sorte, de nous faire suivre pas à pas la progression du calcul depuis le rein jusqu'à la vessie, en nous expliquant la série de ses misères, nous ne pourrons que soupçonner la nature de la maladie. Alors même que l'observation clinique paraît la plus nette, il est indispensable de contrôler le diagnostic et d'en préciser le plus possible les détails par un examen approfondi.

La *recherche des points douloureux rénaux*,[1] n'est pas

[1] Cf. O. Pasteau. Les points douloureux rénaux. *Association française d'Urologie*, 1907, p. 628.

capable de donner des renseignements particuliers ; pas plus que les points qui correspondent à la place du rein ou au trajet de l'uretère, ceux qui sont expliqués par un autre mécanisme (comme le point sus-intra-épineux ou le point sus-inguinal) ne sont à même d'indiquer autre chose que ceci : le rein souffre. Quant à savoir pourquoi il souffre, de quoi il est atteint, si son défaut de fonctionnement est causé par une maladie quelconque de l'uretère ou par un calcul, cela ne peut être éclairci qu'au moyen d'autres explorations.

La *palpation de l'uretère par la voie antérieure* donne rarement des indications, à moins que le calcul ne soit par trop volumineux ; sans doute on a pu percevoir ainsi la présence d'un corps plus ou moins allongé et dur, parfois même sentir une crépitation caractéristique en cas de calculs multiples, mais ce serait être par trop confiant que de compter sur cette palpation à travers la paroi abdominale.

La *palpation de l'extrémité inférieure de l'uretère par le rectum*, chez l'homme, ou mieux *par le vagin*, chez la femme est, au contraire, plus fidèle. C'est par elle que j'ai porté un diagnostic précis dans le cas que j'ai rapporté à ce congrès en 1904 (et que Jeanbrau a cité dans son rapport, sous le n° 173). Encore faut-il ajouter que cette palpation par le rectum ou le vagin ne doit pas être une palpation simple, mais qu'elle doit être associée à la palpation à travers la paroi abdominale; la main antérieure sert de point d'appui au doigt explorateur et le calcul peut être saisi complètement ; on peut préciser alors le volume, la forme, et parfois la mobilité.

La *cystoscopie* surtout prend une réelle importance. Comme toujours quand il s'agit d'une cystoscopie exploratrice, le *cystoscope muni d'un appareil optique*, sur le modèle de celui de Nitze, doit être préféré à tout autre et en particulier aux différents cystoscopes dits « à vision

directe »[1]. Il importe, en effet, d'avoir une vue d'ensemble de toute la région urétérale qui peut, en cas de calcul urétéral, présenter des modifications caractéristiques.

Parmi ces modifications je signalerai les suivantes :

1° Saillie anormale du mamelon urétéral ;

2° Dilatation de l'orifice urétéral par laquelle peut même faire saillie une extrémité du calcul ;

3° Œdème localisé au niveau du méat urétéral ou immédiatement à son pourtour ;

4° Suffusions sanguines au niveau du méat urétéral ;

5° Prolapsus de la muqueuse de l'uretère à l'intérieur de la cavité vésicale.

1° La *saillie anormale du mamelon urétéral* peut se présenter sous différentes formes. Si elle est due à la présence d'une sténose du méat en arrière de laquelle s'est formée une *dilatation intra-vésicale de l'extrémité inférieure de l'uretère*, ou bien elle est à peine marquée, et s'exagère au moment de l'éjaculation urétérale, ou bien elle est plus proéminente et persiste toujours sous la même forme. Dans ce cas la poche peut être complètement remplie par le calcul (c'est le type de l'observation que j'ai déjà citée)[2] ou bien ne contenir que des calculs peu volumineux en nombre variable, comme dans l'observation de Codman[3]. Le cystoscope est d'ailleurs capable de donner des renseignements à ce sujet.

En effet, en le plaçant de façon à ce que la lanterne, c'est-à-dire l'éclairage, soit placée en arrière de la saillie intra-vésicale, on peut véritablement *examiner cette saillie par transparence*. Ou bien la transparence est complète et la présence d'un calcul a bien des chances de devoir être éliminée ; ou bien la *transparence ne se voit que sur*

[1] Cf. O. Pasteau. De la valeur comparative des différents cystoscopes, *Journal des Praticiens*, 1907, p. 132.

[2] O. Pasteau. La dilatation intra-vésicale de l'extrémité de l'uretère. *Association française d'Urologie*, 1904, p. 602.

[3] Codman. *The Boston med. and surg. J.*, 28 mai 1908, p. 828 et 831.

les bords ou même est complètement absente. Dans cette dernière constatation le calcul remplit la poche. Par contre si la transparence ne se voit que sur les bords, il peut s'agir d'un calcul qui ne remplit pas complètement la poche ou d'un simple œdème de la muqueuse qui recouvre la région ; la vue directe ou à jour frisant suffit pour être fixé à cet égard.

2° La *dilatation du méat urétéral* s'observe soit que le calcul reste encore sus-méatique[1], soit qu'il se trouve déjà engagé dans l'orifice du méat; de très beaux exemples nous en sont donnés par les observations de Casper[2], Freyer[3], Young[4]. On comprend que cet état puisse coexister avec les modifications du mamelon que je viens de citer.

3° La question de *l'œdème localisé au niveau du méat ou immédiatement à son pourtour* présente plus de difficultés. C'est un excellent signe de calcul de l'extrémité inférieure de l'uretère; et qui peut exister même quand le calcul n'est pas immédiatement au contact du méat, mais seulement dans les trois derniers centimètres du conduit. *Pour que ce signe ait par lui seul une grande importance au point de vue diagnostic, il faut qu'il n'existe pas en même temps de l'infection urétérale de ce côté.* On peut alors à coup sûr certifier la présence d'un calcul qu'un cathétérisme ou une exploration mettra en évidence. J'ai vu ainsi un homme pour lequel des diagnostics divers avaient été portés : kyste, hypertrophie localisée, et qui n'avait que des lésions très limitées d'œdème avec urine claire coïncidant avec un calcul arrêté à quelques centimètres au-dessus du méat de l'uretère gauche.

Naturellement, la présence d'un œdème à quelque distance de l'uretère, bien que localisée, n'entre pas ici en

[1] Cf. O. Pasteau. *Loc. cit.* et Newman. *Brit. méd. J.*, 21 avril 1900, p. 949.

[2] Casper in Zobel. *Zeitsch. f. Urol.*, 1907, octobre p. 886.

[3] Freyer. *Lancet.*, 29 avril 1903.

[4] Young. *Ann. of surg.*, 1903, p. 695.

ligne de compte et doit être rapportée à une autre lésion, soit vésicale, soit péri-vésicale.

4° Les *suffusions sanguines au niveau du méat urétéral* peuvent se montrer dans diverses circonstances, par exemple après le passage d'un calcul dans la vessie; dans certains cas où un calcul, arrêté juste au-dessus du méat, commence à dilater l'orifice; et même dans le cas d'un calcul urétéral arrêté plus haut. J'ai insisté à plusieurs reprises[1] sur la valeur que prend l'hématurie urétérale ou l'ecchymose méatique et circumméatique pour établir le diagnostic du côté à ouvrir, en cas d'anurie calculeuse.

5° La *protrusion de la muqueuse urétérale dans la vessie*, véritable *prolapsus de l'uretère* est rare; elle se présente avec des caractères toujours nets, qui permettent de la reconnaître; en dehors de ce qu'on peut observer au moment du retrait de la sonde urétérale dans les cas de sténose siégeant au-dessus du méat, il peut exister un véritable prolapsus urétéral en cas de calcul juxta-vésical comme dans un cas de Fenwick[2]. C'est d'ailleurs exceptionnel.

Bref, *la cystoscopie est capable de fournir des renseignements précieux quand le calcul urétéral siège, soit au niveau même de l'extrémité inférieure de l'uretère, soit dans les derniers centimètres de ce conduit*, et cela en dehors de toute infection urétérale. Quand le calcul est arrêté plus haut, elle ne donne rien de précis. — Naturellement, s'il existe de l'infection, il peut se rencontrer des lésions urétérales ou péri-urétérales visibles au cystoscope, mais il n'y a là rien de particulier au point de vue du calcul de l'uretère.

[1] O. Pasteau et Vanverts. Importance de la cystoscopie dans le diagnostic opératoire de l'anurie calculeuse. *Association française d'Urologie*. 1901, p. 552.

Pasteau. Valeur de la cystoscopie dans le diagnostic de l'anurie calculeuse, *ibid.*, 1903, p. 656.

[2] Fenwick. The value of ureteric meatoscopy in obscure diseases of the Kidney, *Londres*, 1903.

L'exploration interne de l'uretère par cathétérisme est-elle capable de renseigner sur l'existence d'un calcul arrêté sur la longueur du conduit ?

A priori, on répond par l'affirmative, car il semble que l'explorateur doit nécessairement rencontrer le calcul, frotter contre lui en passant ou même butter contre lui et transmettre au clinicien une sensation caractéristique. Le toucher « intra-urétéral » deviendrait ainsi le meilleur procédé d'exploration.

En réalité, il n'en est pas ainsi ; sans doute, plusieurs chirurgiens, par exemple Kelly, Sampson[1], Meyer[2], Albarran ont pu sentir le calcul en faisant le cathétérisme de l'uretère, et moi-même, j'ai obtenu ce résultat dans trois observations. Mais il ne faut pas se hâter de conclure. Ayant ainsi senti des calculs urétéraux avec une simple sonde en gomme, j'ai pensé à introduire dans l'uretère un explorateur fait d'un mandrin de gomme terminé par une petite pièce métallique à surface très finement cannelée. Cet instrument a été construit par Collin et présenté à ce Congrès en 1901. Je dois à la vérité d'ajouter que depuis, malgré des mouvements imprimés à l'explorateur et malgré l'injection de liquide dans l'uretère, je n'ai pu obtenir ainsi le contact calculeux sur lequel je comptais, et que j'ai renoncé à compter sur ce genre d'exploration. Une seule fois, j'ai à nouveau senti un calcul urétéral avec une simple sonde n° 7 à bout rond.

De tout cela, il faut, à mon avis, conclure que *le cathétérisme explorateur de l'uretère n'a pas donné ici les résultats qu'on se croyait en droit d'en attendre*. Comme je le disais en 1901 « la découverte par le cathétérisme urétéral de calculs dans l'uretère et le bassinet reste une rareté clinique sur laquelle il n'est pas permis de compter[3] ». L'ana-

[1] Sampson. *Annals of surg.*, 1905, p. 229.

[2] Meyer. *N. Y. med. J.*, 1904, p. 967.

[3] O. Pasteau. *Association française d'Urologie*, 1901, p. 553.

tomie pathologique nous explique d'ailleurs ces résultats ; l'uretère est souvent dilaté et irrégulier, la sonde peut passer le long du calcul sans le toucher, alors même qu'il n'est pas à l'écart dans une sorte de logette ou de diverticule.

L'explorateur à boule ne m'a pas semblé donner pour les calculs plus de résultats positifs ; plusieurs fois je l'ai employé sans succès et cela tient à ce fait qu'à cause de l'étroitesse normal du méat urétéral on ne peut pas introduire dans l'uretère de boules assez volumineuses. Pour l'urètre, si le méat est trop étroit et ne laisse pas passer un numéro suffisant on débride ce méat ; cela n'est pas pratique pour le méat urétéral ; et de plus il faut penser à la possibilité d'être accroché dans l'uretère, en arrière du calcul, au moment du retrait de la boule exploratrice.

Nous possédons d'ailleurs maintenant un moyen de diagnostic plus important pour le calcul, c'est l'exploration avec les rayons de Röntgen.

La *radiologie* met à notre disposition deux procédés ; la radioscopie, et la radiographie.

Je ne m'étendrai pas sur ce point. J'ai déjà parlé de ce sujet à ce congrès en 1903 et 1905 [1], et de très nombreux travaux, bien mis en valeur dans le rapport de Jeanbrau, ont mis la question au point. Je dirai cependant que, contrairement à l'opinion généralement admise, la simple radioscopie peut donner des résultats positifs dans les calculs urétéraux. J'ai ainsi observé avec M. Béclère un calcul de la portion lombaire de l'uretère. J'ai fait remarquer en 1905 à ce propos que nous possédons ainsi un moyen de différencier les calculs de la portion supérieure de l'uretère d'avec ceux du rein : les premiers restent fixes, tandis que les seconds deviennent mobiles au cours des mouvements respiratoires. « Lorsque la radioscopie est positive mieux

[1] O. Pasteau. La radiographie des calculs urinaires. *Association française d'Urologie*, 1903, p. 661 et *Ibid.*, 1905, p. 508.

que la radiographie elle-même, elle est susceptible de donner des renseignements sur la position du calcul. Toute recherche par les rayons de Röntgen devra toujours être commencée par une radioscopie simple. » Cependant il est juste de dire que la radioscopie donne des résultats positifs assez rarement, tandis que la radiographie est positive dans la grande majorité des cas. Elle a assez souvent permis de découvrir des calculs insoupçonnés pour qu'elle doive être faite en quelque sorte par principe chez tous les graveleux rénaux et les pyuriques non tuberculeux qui se présentent à nous.

Je résumerai volontiers ces notions d'exploration urétérale se rapportant aux cas de calculs en disant : *parmi les moyens que nous avons à notre disposition en clinique, il en est dont la valeur est très relative*, comme la recherche de la douleur urétéro-rénale ; on peut alors conclure le plus ordinairement que le rein souffre, mais sans que rien de caractéristique dénonce le calcul. *Il en est d'autres, au contraire, qui sont capables de donner les renseignements les plus exacts et les plus complets. Ce sont la palpation et surtout le toucher rectal et mieux vaginal, la cystoscopie, rarement le cathétérisme urétéral, et mieux que tout, la radiographie.*

Dans les cas douteux ou en cas de résultats négatifs, il est naturellement indiqué de réserver le diagnostic ; seuls les résultats positifs ont une valeur absolue.

Je dirai peu de chose du *traitement*. A mon avis il faut avoir pour but de *débarrasser le malade le plus tôt possible d'un calcul urétéral, mais ce n'est pas dire qu'il faut d'emblée recourir aux interventions sanglantes*, du moins pour les petits calculs. On peut très souvent, à moins de frais, obtenir une guérison aussi complète.

Parmi les moyens non opératoires ou non sanglants, j'en citerai d'abord un qui me paraît être assez oublié. C'est la simple *distension vésicale ;* deux fois j'ai obtenu

ainsi la chute dans la vessie d'un calcul arrêté dans l'uretère. Il s'agissait dans les deux cas de femmes ; dans l'un des cas le calcul avait le volume d'un petit noyau de date, dans l'autre il était plus petit, mais provoquait depuis plusieurs mois des douleurs et des hématuries. La distension faite comme je l'ai indiquée [1], provoque, en même temps qu'une augmentation de la sécrétion rénale, une contraction des parois de l'uretère suffisante pour expliquer la migration du calcul, quand il n'est pas trop volumineux pour traverser le méat de l'extrémité inférieure du conduit.

De même le *cathétérisme urétéral* et la mise en place d'une *sonde urétérale à demeure* peuvent être suffisants pour mobiliser le calcul, élargir l'uretère et l'assouplir, de façon à ce que le calcul puisse tomber ensuite dans la vessie d'où on l'extrait facilement. J'en ai cité deux observations et il en existe une vingtaine de semblables.

Si le calcul se trouve au méat urétéral, faisant déjà en partie issue dans la vessie, on peut parfois l'aspirer comme l'a fait Fenwick ou le déloger avec un mandrin porté sur le *cystoscope* à onglet ; si l'orifice est trop étroit on peut le dilater, ou même l'inciser, toujours sous la vue cystoscopique. Je dirai même que Wulff [2], a pu détruire au galvano-cautère par opération endoscopique, et assez largement, une poche de prolapsus intra-vésical de l'uretère. On pourrait de même libérer des calculs assez volumineux arrivés au niveau de la paroi vésicale.

Cependant dans ces cas l'opération faite par *taille* ainsi que je l'ai indiqué en 1904 à ce congrès permet mieux de s'occuper de l'uretère après avoir enlevé le calcul.

Si le calcul siège plus haut, il faut aller le prendre par *incision du rein ou du bassinet* si on l'a pu remonter sans

[1] O. Pasteau. Traitement des rétentions rénales. *Ann. de la policlinique de Bruxelles*, janvier 1904.

[2] P. Wulff. Zur Operation der cystischen Dilatation des vesikalen Ureterendes. *Zeitsch. f. Urol.*, 1909, p. 543

traumatisme de l'uretère ; s'il siège plus bas, la longue *incision lombo-iliaque* devient nécessaire. A ce propos je dirai seulement que dans les cas douteux, en cas d'opération exploratrice, il est prudent de ne pas se contenter de libérer l'uretère et de l'explorer en dehors ; il faut l'ouvrir et par l'incision y faire pénétrer les explorateurs à boule de grosseur suffisante pour être certain qu'on ne laisse pas en place un calcul, bien qu'on ait fait un assez grand délabrement opératoire.

LES PROSTATECTOMIES DIFFÉRÉES

La cure radicale de l'hypertrophie de la prostate est tuellement acceptée par tous les chirurgiens. Les opéra- ons se multiplient sans cesse et on peut admettre en mme que *dans les hypertrophies de nature bénigne, dès 'il y a des symptômes fonctionnels persistants malgré les ins ordinaires, il faut faire la prostatectomie à moins de ntre-indication*, et c'est justement sur cette question des ntre-indications opératoires que je voudrais dire quelques ots. Je voudrais montrer que *les contre-indications sont ut-être moins absolues qu'on a bien voulu le dire*, et j'ad- ettrai comme conclusion qu'en choisissant bien son temps chirurgien peut souvent mener à bonne fin une opération i aurait nécessairement entraîné la mort si elle avait été ite plus tôt, si elle n'avait pas été « différée » et préparée r un traitement général et local parfois assez prolongé.

Si on envisage l'ensemble des cas cliniques, on constate ie la prostatectomie se présente, selon les circonstances, ec une opportunité variable :

1° Ou bien *l'opération doit être faite sans tarder*, car est encore le meilleur moyen de sauver la vie du malade. Je rappellerai, par exemple, la gravité des rétentions sicales avec grande distension ; le malade peut n'être pas fecté alors que l'intoxication a déjà fait ses preuves. Ici cathétérisme est particulièrement dangereux et le patient ut être emporté en quelques jours. C'est pour des cas ce genre qu'on a pu parler de prostatectomie « d'ur- nce ». Notre collègue Nicolich nous en a apporté 6 obser-

vations au Congrès de 1906 [1], et Pauchet [2] également trouve cette opération plus bénigne ici que le cathétérisme. Je ne veux pas discuter cette question et je n'en retiens qu'une chose : il est des cas où la prostatectomie doit plutôt être faite sans tarder.

2° Ou bien l'opération, qui ne présente d'ailleurs aucune urgence, ne présente non plus aucune contre-indication tirée de l'état du malade ; c'est le cas le plus favorable ; *on peut opérer sans se presser, en choisissant son temps.*

3° Ou bien l'opération, bien qu'indiquée et d'ailleurs possible, paraît vouée à beaucoup d'aléas : l'état général est très mauvais, l'état des poumons et des reins est très grave, *une grosse opération faite d'emblée serait fatale*. C'est pour ces cas qu'on a recours à l'*opération en deux temps,* sur laquelle on a discuté à plusieurs reprises à ce Congrès.

Dans un premier temps, on se contente de la cystostomie et quand le malade se trouve plus résistant, quand sa vessie est moins infectée, on profite de l'ouverture sus-pubienne pour enlever la prostate.

4° Enfin, dans d'autres cas, *il ne peut pas être question d'intervention* : les urines sont infectes, l'état général est très affaibli et toutes les tentatives d'exploration fonctionnelle des reins démontrent que l'élimination est tellement mauvaise qu'il vaut mieux s'abstenir de tout acte opératoire ; sans profit pour le malade, on risquerait peut-être de discréditer l'intervention. C'est sur ces cas surtout que je voudrais insister.

Parmi les contre-indications que l'on peut trouver à la prostatectomie, il n'en est, à mon avis, peut-être qu'une qui ne puisse pas disparaître en partie avec le temps et un bon traitement : c'est l'âge du malade. Or, la question d'âge restera toujours relative et sera toujours intimement

[1] Nicolich, Observations de prostatectomies. *Association française d'Urologie*, 1905, p. 397, et Nouvelle contribution au traitement des prostatiques en rétention incomplète chronique aseptique avec dilatation de la vessie. *Ibid.*, 1905, p. 453.

[2] Pauchet. *Ibid.* 1904, p. 250.

ée à l'état fonctionnel des organes importants, cœur, pou-
ıons, foie, etc. — Toutes les autres contre-indications
›nt susceptibles de disparaître en totalité ou en partie à
ı suite d'un traitement approprié. Sans doute, cette amé-
oration ne doit pas être considérée comme certaine chez
›us les malades, mais il suffit de constater qu'il est pos-
ble de l'obtenir chez certains d'entre eux pour que le chi-
ırgien doive faire tout son possible pour mettre le malade
ı état d'être opéré ultérieurement.

Je puis à ce propos citer des exemples capables d'en-
aîner la conviction.

Un homme de 70 ans se présente à moi en 1907 avec
›s symptômes d'infection vésico-rénale datant déjà
› plusieurs années. C'est un rétentioniste complet : la
ostate est volumineuse dans ses deux lobes ; il demande
être débarrassé. L'état général est mauvais, la langue sale,
pouls irrégulier. *La recherche de la perméabilité rénale*
ır le bleu de méthylène donne des résultats déplorables :
la quatrième heure il y a une légère coloration qui s'at-
ıue dès la cinquième heure pour reprendre un peu à la
ıinzième. *Une recherche de la glycosurie phloridzique*
nne d'aussi mauvais résultats. Je refuse la prostatectomie.
› malade est soumis à un régime de sondages et de lava-
s réguliers.

En mars 1908, puis en juin, il fait de la congestion pul-
›naire, puis des accès épididymaires et présente des acci-
nts infectieux graves avec phénomènes d'occlusion intes-
ıale. Finalement, avec le traitement, les accidents s'atté-
ent et l'état général se rétablit peu à peu.

Un nouvel examen de la perméabilité rénale fait en jan-
›r 1909 est favorable ; *l'élimination du bleu se fait dans*
limites et les proportions normales. Je pratique la pros-
ectomie sus-pubienne et le malade guérit complètement
ıs incidents en vingt-huit jours.

Autre exemple. — Un homme de 59 ans vient me con-

sulter en novembre 1908 pour des accidents de rétention remontant à plusieurs années. A ce moment, la rétention est complète et le malade demande la prostatectomie; mais *la recherche de la valeur fonctionnelle des reins montre que l'élimination est mauvaise;* d'autre part, il y a de la glycosurie pour laquelle un traitemenl est institué.

En janvier 1009 le sucre a à peu près complètement disparu de l'urine et une piqûre de bleu faite dans la fesse montre que la *perméabilité rénale est beaucoup améliorée;* cependant il se forme un petit abcès de la grosseur d'une noix au niveau de la piqûre; cet abcès met plus d'un mois à se cicatriser, le malade étant pendant tout ce temps soumis à des cathétérismes réguliers et à un régime alimentaire et thérapeutique approprié. En février je fais la prostatectomie sus-pubienne; vingt-neuf jours après, la cicatrisation de la plaie était complète et le malade vidait sa vessie.

De tout cela, il me semble ressortir clairement que toutes les contre-indications de la prostatectomie dues à l'état des poumons, du cœur ou des reins, à la présence du diabète, peuvent disparaître peu à peu avec un traitement bien conduit. Ce traitement devient en quelque sorte une préparation à la cure radicale de l'hypertrophie. Personnellement, j'estime qu'*en augmentant le nombre de ces « prostatectomies différées » on pourra agrandir le champ de l'intervention chirurgicale, tout en diminuant les risques opératoires*. En sachant choisir son moment, en prenant soin de bien mettre au point, autant qu'il sera possible, le fonctionnement des organes importants de l'économie, pour la prostatectomie comme pour toutes les grandes interventions chirurgicales, on augmentera nécessairement le nombre des succès opératoires. On opérera davantage et on guérira plus souvent.

INSTRUMENTS

POUR LA PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE

Dans la prostatectomie sus-pubienne, on a souvent de la peine, une fois la vessie ouverte, à inciser la muqueuse en bonne place sur la prostate. J'ai usé de l'ongle sans en être satisfait. J'en suis venu à me servir de bistouris courbes à long manche, mais ces instruments ne peuvent être appliqués, surtout en avant du méat urétral, que si la prostate fait une saillie notable dans la vessie. — J'ai trouvé beaucoup plus pratique de faire faire un inciseur qu'on adapte directement sur l'index. L'extrémité du doigt laissé libre permet de



Fig. 1.



Fig. 2. — Incision de la muqueuse vésicale en arrière du lobe médian.

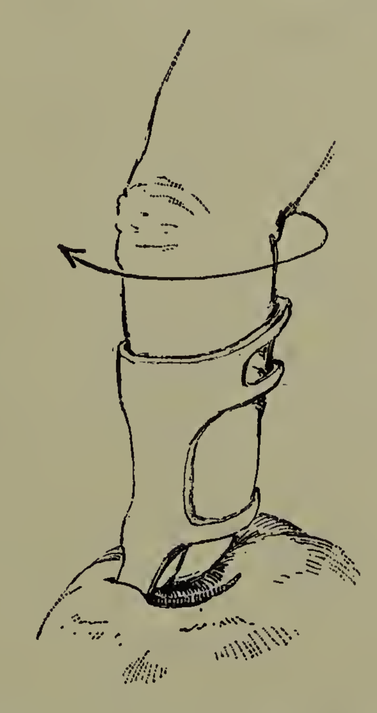


Fig. 3. — Incision de la muqueuse vésicale au pourtour du col.

sentir avec précision le point sur lequel porte l'incision

(fig. 2); en mettant l'index sur le bord du méat et en pivotant sur place, on peut d'autre part ouvrir aussi profondément qu'on le veut la muqueuse à l'endroit désiré, alors même que le lobe médian est peu saillant (fig. 3).

Après la prostatectomie transvésicale, j'établis le drainage sus-pubien au moyen de drains courts (fig. 4), qui

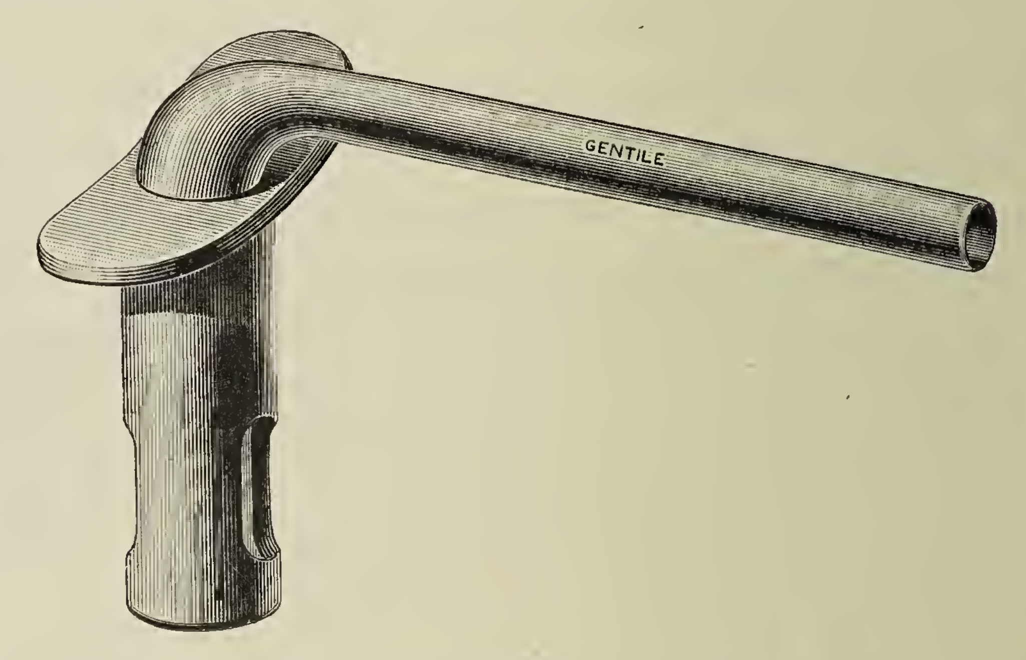


Fig. 4. — Drain à oreilles fixatrices pour la prostatectomie sus-pubienne.

restent suspendus dans la vessie par des oreilles que la pression même du pansement retient appliquées sur la peau. Ces oreilles latérales n'empêchent d'ailleurs pas de surveiller la suture au-dessus et au-dessous de l'orifice de drainage.

J'ajoute que l'application d'une pipe de caoutchouc ou de verre est plus facile et que le tube extérieur de drainage n'a pas de tendance à déplacer le drain vésical.